CITY OF SANTA BARBARA
Parks & Recreation
Enriching People's Lives

PROGRAMA DE RECREACIÓN DESPUÉS DE CLASES (RAP)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2010-2011

FOR OFFICE USE | S
Verified By _____
Date _____

1) Es necesario entregar un formulario firmado con toda la información completa en **AMBOS LADOS** para cada participante, antes de participar en la actividad.
2) Envíe este formulario con su pago por correo, por fax o llévelo, lo antes posible a: **Parks and Recreation Department, 1118 E. Cabrillo Blvd, Santa Barbara, CA 93102 Teléfono: (805) 564-5495 Fax: (805) 897-2605**

Nombre del Participante: Apellido Nombre

Padre Custodio o Tutor Legal_____
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Número de Teléfono_____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Email

INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD Y EL PAGO

Marque el cajón(es) para indicar en que escuela se esta inscribiendo al participante. Hay 30 días escolares en cada sesión RAP. Para recibir las cuotas de descuento para residentes, debe de proporcionar su Número de Identificación (User ID) de su Tarjeta de Descuento para Residentes (RDC, en ingles). Visite nuestra página de Internet para más información acerca del Programa de Descuento para Residentes. RDC USER ID: _____

ESCUELA	Aug 23-Oct 4	Oct 5-Nov 16	Nov 17-Jan 14	Jan 18-Mar 2	Mar 3-Apr 20	Apr 21-Jun 2	RAP Punch Card
Adams	❑ 14182	❑ 14183	❑ 14184	❑ 14185	❑ 14186	❑ 14187	❑ 14213
Monroe	❑ 14172	❑ 14173	❑ 14174	❑ 14175	❑ 14176	❑ 14177	❑ 14208
Open Alternative	❑ 14205	❑ 14206	❑ 14207	❑ 14196	❑ 14197	❑ 14198	❑ 14209
Roosevelt	❑ 14178	❑ 14179	❑ 14188	❑ 14189	❑ 14190	❑ 14191	❑ 14210
Washington	❑ 14192	❑ 14193	❑ 14194	❑ 14195	❑ 14180	❑ 14181	❑ 14211

Opción de Pago – marque una:
❑ **$140** por sesión -- pagar 2 semanas antes del comienzo
❑ **$840** por todals las sessiones – pagar al inscribirse
❑ **$70** Pase RAP ($7 por dìa de uso)
X _____ (# de usos, 10 mínimo) = **$**_____

Método de Pago – marque uno:
❑ Inscripción y pago por Internet usando eRecreation
❑ Efectivo (no enviar por correo)
❑ Cheque (A nombre de "City of Santa Barbara")
❑ Visa/MasterCard#_____
Vencimiento_____ Nombre_____

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA TODOS LOS PARTICIPANTES: Al presentar esta solicitud, Usted, en nombre propio o en el de nombre de su hijo menor de edad, se compromete a cumplir con las políticas y condiciones del "Código de Conducta" del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Santa Barbara. (Para ver las políticas completas del Código de Conducta, vaya nuestra página de Internet www.sbparksandrecreation.com bajo "*About Parks & Recreation*" o vea la Guía de Actividades actual.

ACUERDO DE LIBERACION PARA TODOS LOS PARTICIPANTES: CONTRATO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA CIUDAD DE SANTA BARBARA: EN CONSIDERACIÓN DE QUE SE LE PERMITA PARTICIPAR O UTILIZAR CUALQUIER INSTALACIÓN DE LA CIUDAD EN CONEXIÓN CON ESTA ACTIVIDAD, EL ABAJO FIRMADO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LO SIGUIENTE:

1. EL ABAJO FIRMADO SE COMPROMETE A LIBERAR, RENUNCIAR, NO INCULPAR Y ACUERDA NO DEMANDAR A LA CIUDAD DE SANTA BÁRBARA, SUS EMPLEADOS, REPRESENTANTES, NI AGENTES (denotados aquí como "liberados") de cualquier responsabilidad hacia el suscrito, sus representantes personales, sucesores, herederos, y pariente más cercano por cualquier perdida, daño, o reclamo por cuenta de cualquier daño a la persona o los bienes del suscrito, ya sea causado por negligencia u omisión de los liberados u otros, mientras que el abajo firmado esté participando en una actividad de la Ciudad o utilizando una de sus instalaciones en conexión con la actividad.

2. EL ABAJO FIRMADO SE COMPROMETE A INDEMNIZAR Y LIBERAR DE RESPONSABILIDAD a los liberados de cualquier responsabilidad, reclamos, demanda, acción legal, cargo, costo y honorarios de abogado (incluyendo aquellos para establecer la indemnización de los liberados y/o apelar) resultando de la participación en esta actividad, ya sea causada por negligencia u omisión.

3. EL ABAJO FIRMADO ASUME RESPONSABILIDAD TOTAL POR EL RIESGO DE DAÑO CORPORAL, MUERTE O DAÑOS A PROPIEDAD al encontrarse en una propiedad de la Ciudad o al utilizar sus instalaciones o equipo, o al participar en la actividad, ya sea por negligencia u omisión**.** El abajo firmado expresamente acuerda que el presente contrato y sus cláusulas son tan amplios e inclusivos como permite la ley de California y si cualquier porción se considera nula, el resto mantendrá fuerza y efecto legal.

DOY CONSTANCIA QUE HE LEÍDO lo anterior y estoy enterado de las consecuencias legales de este contrato, incluyendo mi renuncia al derecho a demandar a la Ciudad, sus empleados, funcionarios o representantes, si me lesiono o hago daño al participar en esta actividad. También hago constar que no se ha hecho ninguna representación, declaración o instigación verbal.

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD, su padre custodio o su tutor legal deberá leer y celebrar este contrato. Con el presente certifico que soy el padre custodio o el tutor legal del menor de edad ✓_____ (**NOMBRE COMPLETO**) y me comprometo en nombre propio y en el del menor a los términos y condiciones del contrato.

✓ Participante o Padre/Tutor: Nombre_____ Firma_____ Fecha_____

CONTACTO DE EMERGENCIA	Relación	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Celular/Pager

VOLTEAR PARA COMPLETAR EL OTRO LADO ➔ ➔ ➔

1.				
2.				
3.				

Es la responsabilidad del participante divulgar toda la información referente a su salud y sus necesidades especiales. Es posible que a los participantes con necesidades o condiciones especiales se les requiera dar información adicional y/o la autorización de un médico. La información se mantendrá confidencial y será utilizada sólo para determinar el cuidado apropiado.

Salud y Necesidades Especiales	Sí	No	Si, sí, por favor explique y enumere los medicamentos actuales
ADD, ADHD	❑	❑	
Alergias	❑	❑	¿A qué? ❑Urticaria/sarpullido ❑Dificultad al respirar ❑Epi-pen ❑Benadryl
Asma	❑	❑	¿Cuando? ❑ Diario ❑ Según se necesite ❑ Al haver ejercicio
Enfermedades contagiosas	❑	❑	
Diabetes	❑	❑	❑ Tipo I ❑ Tipo II ❑ Cuidado de diabetes independiente ❑ Necesita ayuda diaria
Restricciones de dieta o de actividad	❑	❑	
Medicamentos	❑	❑	
Trastornos Convulsivos	❑	❑	Fecha de la última convulsión: / / Tipo de convulsión:
Otras aflicciones/incapacitaciones	❑	❑	
Usuario de silla de ruedas	❑	❑	Transferencia: ❑ Independiente ❑ Ayuda parcial ❑ Ayuda total
Petición de evaluación para ayuda por incapacidad (Inclusión)	❑	❑	Para más información sobre el Programa de Inclusión llame al 564-5421.

PERMISO PARA USO DE FOTOGRAFÍAS PARA TODOS LOS PARTICIPANTES: El Departamento de Parques y Recreación puede tomar fotografías de los participantes para uso publicitario. Las fotos de los participantes se utilizan en las guías de actividades de la Ciudad y otros medios publicitarios. Por medio del presente autorizo a la Ciudad de Santa Bárbara a utilizar, mi imagen, nombre, voz y palabras de en cualquier informe impreso, o de radio o tele-difusión de este evento o actividad sin costo alguno. **SUS INICIALES**_____

INFORMACIÓN DEBAJO PARA PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS

Escuela _____ Año Escolar Sept/2009_____
Otras personas autorizadas para recoger al participante_____

PERMISO PARA AUTORIZAR EL TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD: En caso de una lesión o enfermedad de emergencia mientras que el participante esté asistiendo a la actividad de recreación, autorizo, por medio del presente, que el Departamento de Parques y Recreación dé consentimiento de tratamiento médico en beneficio de mi hijo/a. El abajo firmado, como padre o tutor legal del menor aquí nombrado, autoriza por medio del presente al Departamento de Parques y Recreación y sus representantes, empleados y agentes mayores de edad, a los que se les ha confiado el cuidado del menor inscrito, a dar consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y hospitalización para dicho menor, bajo supervisión general o especial, y bajo el concejo de un doctor o cirujano autorizado. Esta autorización se da conforme a las provisiones del artículo 6910 del Código Familiar de California. Queda entendido que si el tiempo y las circunstancias razonablemente lo permiten, el Departamento de Parques y Recreación se esforzará, pero no está requerido, a comunicarse con los padres o el tutor antes de dar consentimiento para dicho tratamiento. El abajo firmado se compromete a LIBERAR, RENUNCIAR, NO INCULPAR y ACUERDA NO DEMANDAR a la Ciudad de Santa Bárbara, sus empleados, representantes, y agentes, ni en nombre propio, ni en nombre del menor, de sus representantes, sucesores, herederos, ni pariente más cercano, por cualquier perdida, daño, o reclamo por consiguiente a cuenta de cualquier lesión al menor asociada con cualquier cuidado médico proporcionado conforme al consentimiento otorgado de acuerdo con esta autorización. Esta autorización de consentimiento para dar tratamiento al menor anteriormente identificado, se le otorgada al Departamento de Parques y Recreación conjuntamente con cualquier actividad o evento en el que el cuidado del menor se le encomienda al Departamento de Parques y Recreación. **SUS INICIALES**_____

PERMISO PARA LA PARTICIPACION DE MENORES DE EDAD EN EXCURSIONES: Algunas actividades de recreación incluyen excursiones a parques o sitios públicos. El personal y los participantes llegan a su destino caminando o en autobuses públicos, troley u otro vehículo aprobado por la Ciudad. Por medio de la presente autorizo que el personal del Departamento de Parques y Recreación lleve a mi hijo en excursiones durante la actividad de recreación. **SUS INICIALES**_____

EVALUACIÓN DE LA HABILIDAD DE NADAR DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD: El Programa de Recreación puede incluir actividades acuáticas en una piscina, playa u otro lugar con agua. Por favor indique con una "X" cual es la mejor descripción de las habilidades de natación del participante.

- ❑ I El participante no sabe nadar o se siente incómodo o nervioso cerca del agua. No puede poner la cara en el agua, mantener la respiración bajo el agua, enderezarse ni flotar.
- ❑ II El participante puede mantener la respiración, sumergir la cabeza completamente debajo del agua, enderezarse, flotar sin ayuda por cinco (5) segundos, patalear y voltearse de espalda estando boca abajo. El participante se pone incómodo si el agua le llega sobre la cabeza y no puede propulsarse más de diez (10) yardas.
- ❑ III El participante se siente cómodo en agua profunda, puede demostrar técnicas básicas de natación con respiración controlada, puede propulsarse veinticinco (25) metros y pedalear en el agua durante dos minutos.
- ❑ IV El participante está cómodo en aguas profundas, puede demostrar técnicas avanzadas de natación con respiración controlada, puede propulsarse continuamente un mínimo de 100 metros, pedalear en el agua durante 4 minutos y nadar una distancia se quince (15) metros por abajo del agua.